

## Nur vom Betreiber auszufüllen:

Anlage zum Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Balneophototherapie

---

Arztstempel / Adresse / Unterschrift

Als Nachweis zur Erfüllung der Anforderungen an die apparative Ausstattung füge ich gemäß § 4 einen Gerätenachweis, ausgefüllt von der betreuenden Gerätefirma mit den erforderlichen technischen Angaben, bei.

Das Bestrahlungsgerät ist mein Eigentum und steht in meiner Praxis.

Das Bestrahlungsgerät wird in **Apparategemeinschaft** mit der **Praxis**

genutzt

Standort des Gerätes:

Eigentümer des Gerätes:

## Nur vom Gerätehersteller auszufüllen

### Gerätenachweis Balneophototherapie

Anlage zum Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Balneophototherapie

---

Arztstempel / Adresse

### Angaben zu den Bestrahlungsgeräten:

Entsprechend den Anforderungen an die apparative Ausstattung der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Balneophototherapie nach § 135 Abs. 2 SGB V vom 09. August 2010 (gültig ab 01. Oktober 2010)

#### Asynchrone Photosoletherapie

für die Rundum-Ganzkörperbestrahlung mit homogenem Bestrahlungsfeld wird ein

UV-B-Breitbandbestrahlungsgerät

Hersteller:

Baujahr:

Gerätebezeichnung:

UV-B-Schmalband-Bestrahlungsgerät (UV-B 311 nm)

Hersteller:

Baujahr:

Gerätebezeichnung:

oder ein

Gerät mit selektiver UV-B-Bestrahlung (SUP)

Hersteller:

Baujahr:

Gerätebezeichnung:

UV-A-Breitband-Bestrahlungsgerät (Bade-PUVA-Therapie)

(keine selektive UV-A1-Bestrahlung)

Hersteller:

Baujahr:

Gerätebezeichnung:

genutzt.

### **Mindestanforderungen**

Eingabemöglichkeit der anzuwendenden Bestrahlungsdosis (z. B. in J/cm<sup>2</sup>) oder der Bestrahlungszeit

Ja

Nein

Festlegungsmöglichkeit einer Höchstbestrahlungsdosis im Bestrahlungsgerät je UV-Strahlenart (UV-B und/oder UV-A)

Ja

Nein

Permanente Messung der aktuellen UV-Bestrahlungsstärke durch eine im Bestrahlungsgerät integrierte Sensorik (integriertes UV-Messgerät) mit automatischer Anpassung der Bestrahlungszeit.

Ja

Nein

Für den Fall, dass im Bestrahlungsgerät keine integrierte Sensorik vorhanden ist, ist ein auf das Emissionsspektrum abgeglichenes UV-Meter („UV-Handmessgerät“ bzw. im Folgenden „Hand-Dosimeter“ genannt) für Kontrollmessungen gemäß § 6 Abs. 3 vorzuhalten.

Ja

Nein

Automatische Abschaltung aller Leuchtmittel nach Verabreichung der eingegebenen Bestrahlungsdosis oder –zeit oder bei Öffnen der Tür

Ja

Nein

Haltevorrichtung für den Patienten innerhalb der Bestrahlungskabine

Ja

Nein

Möglichkeit für das Personal, den Patienten während der Bestrahlung zu überwachen (z. B. durch Sichtfenster)

Ja

Nein

die Kabine muss von innen durch den Patienten zu öffnen sein

Ja

Nein

Schutzvorrichtung vor den Hochdruckbrennern

Ja

Nein

## Synchrone Photoletherapie

UV-B-Schmalband-Bestrahlungsgerät (UV-B 311 nm)  
(nach der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) zugelassenen Behandlungssystemen)

Hersteller:

Baujahr:

Gerätebezeichnung:

Eingabemöglichkeit der anzuwendenden Bestrahlungsdosis (z. B. in J/cm<sup>2</sup>) oder der Bestrahlungszeit

Ja

Nein

Festlegungsmöglichkeit einer Höchstbestrahlungsdosis im Bestrahlungsgerät für UV-B

Ja

Nein

Permanente Messung der aktuellen UV-Bestrahlungsstärke durch eine im Bestrahlungsgerät integrierte Sensorik (integriertes UV-Messgerät) mit automatischer Anpassung der Bestrahlungszeit.

Ja

Nein

Für den Fall, dass im Bestrahlungsgerät keine integrierte Sensorik vorhanden ist, ist ein auf das Emissionsspektrum abgeglichenes Hand-Dosimeter für Kontrollmessungen gemäß § 6 Abs. 3 vorzuhalten.

Ja

Nein

Automatische Abgabe von Aufforderungssignalen durch das Gerät, wenn der Patient den für die Rundum-Ganzkörperbestrahlung erforderlichen Positionswechsel zwischen Bauch- und Rückenlage durchführen soll

Ja

Nein

Automatische Abschaltung aller Leuchtmittel nach Verabreichung der eingegebenen Bestrahlungsdosis

Ja

Nein

Schutzvorrichtung vor den Leuchtstoffröhren

Ja

Nein

Das Personal ist für die Gerätebedienung durch den Hersteller oder durch ein vom Hersteller beauftragtes Unternehmen oder durch den Dermatologen/in eingewiesen worden

Ja

Nein

---

Ort/Datum

---

Firmenstempel

---

Unterschrift